

'Stratification sociale dans l'achat et la consommation d'aliments/moyens nutritionnels et l'impact potentiel de celle-ci sur la santé publique.'

**Étude menée dans le cadre du programme Cohésion sociale
de la Politique scientifique fédérale**

Description synthétique de l'étude

Christophe Matthys¹, Renata Januszewska², Stefaan De Henauw¹

avec la collaboration de

Guy De Backer¹, Jacques Viaene², Dirk De Bacquer¹, Lea Maes¹, Xavier Gellynck², Wim Verbeke²

¹ Unité d'Enseignement et de Recherche en Génie socio-sanitaire, Université de Gand

² Unité d'Enseignement et de Recherche en Économie agricole, Université de Gand

A. Introduction

Considérée par rapport à la santé et à la maladie, l'inégalité sociale constitue un domaine de recherche ayant connu, ces dernières décennies, une expansion significative. Depuis la publication dudit "Rapport noir" ("*Black report*") concernant l'inégalité sanitaire au Royaume-Uni (Townsend *et al.*, 1988), l'intérêt scientifique face à cette problématique dans le monde industrialisé s'est accru précipitamment. Dans un supplément de la revue *Social Science and Medicine* de 1990, il est démontré que dans un grand nombre de pays européens, les personnes appartenant aux classes sociales supérieures sont en meilleure santé et ont une espérance de vie plus élevée que les personnes issues de milieux sociaux modestes (Soc. Science Med., 1990) chez qui on note, en général, une incidence plus élevée de maladies cardio-vasculaires, de certains cancers, d'obésité, d'insuffisance pondérale à la naissance, etc. Dans notre pays voisin, les Pays-Bas, des calculs récents démontrent que l'écart entre l'espérance de vie saine dans la classe sociale la plus haute et celle dans la classe sociale la plus modeste est de 11 ans chez les hommes et chez les femmes (Institut national de la santé publique, 1997).

Dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, Marmot *et al.* (1986) a démontré qu'en Occident, il s'est produit, au cours du vingtième siècle, un glissement dans la répartition des incidences attestées dans les sous-groupes sociaux: l'incidence augmente dans les couches sociales modestes tandis qu'elle diminue dans les milieux sociaux aisés. Cette observation constitue un argument convaincant en faveur de l'idée que les différences dans l'état de santé des classes sociales ne doivent probablement pas être imputées à des différences en termes de facteurs génétiques mais avant tout à un ensemble de facteurs liés au style de vie.

Dans le passé, toutes sortes de modèles ont été élaborés, avec pour objectif d'expliquer les différences socio-économiques de l'état de santé. Parmi eux, le "Modèle Mackenbach", un modèle simple et synthétique (Mackenbach, 2002). Au centre du modèle se trouve l'état de santé pendant l'enfance qui, à son tour, détermine de façon significative l'état de santé de l'adulte. Le modèle comporte des processus "sélectifs" et des processus "causaux" qui régissent l'état de santé dans le cycle de vie de l'être humain, en tenant compte de la position socio-économique. Certains facteurs peuvent être à la fois sélectifs et causaux, comme les aspects culturels et psychosociaux ou le milieu dans lequel l'enfant a grandi. Le mécanisme "causal" est principalement actif à travers des ensembles intermédiaires de facteurs de risque, à savoir les facteurs de style de vie, les facteurs structurels et environnementaux, et les facteurs liés au stress psychosocial.

La recherche (fondamentale, clinique et épidémiologique) menée depuis des décennies a démontré qu'au niveau de la population, l'alimentation joue un rôle significatif dans le développement de bon nombre de types de maladies. Dans le domaine de la santé publique, on renvoie en première instance aux maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancer, obésité, ostéoporose, etc.) qui sont dans une large mesure responsables des cas de morbidité et de mortalité totale ou prématurée dans la plupart des pays occidentaux. L'alimentation, combinée à un facteur de style de vie différent, une activité physique, a une influence remarquable sur la santé publique (EURODIET, 2001).

D'un point de vue économique-sanitaire, des calculs ont révélé que pour la société, les coûts engendrés par un régime alimentaire déséquilibré et par un style de vie sédentaire sont plus élevés que ceux générés par la consommation de tabac (EURODIET, 2001).

Des recherches cardiovasculaires et nutritionnelles-épidémiologiques des dernières décennies ont montré que l'alimentation (outre le tabagisme et l'inactivité physique) joue un rôle crucial dans la relation entre la position sociale et l'état de santé rassurant ou préoccupant (James *et al.*, 1997).

Généralement parlant, on peut dire que dans la littérature scientifique, il n'existe toujours pas de consensus sur la définition et la conceptualisation de la position socio-économique et des déterminants connexes. La notion de "classe sociale" comprend toutefois une série relativement étendue de variables interagissantes, de type démographique, économique, psychosocial et culturel, dont l'impact peut varier dans le temps et dans l'espace.

L'absence de définitions univoques crée des problèmes lors du développement ou lors de l'interprétation d'études (Mackenbach *et al.*, 2002).

L'arrière-fond mécanistique de cette relation -inégalité sociale et alimentation- est particulièrement complexe et reste, jusqu'à présent, en grande partie une zone d'ombre. Il est cependant clair que tant les macro- que les micronutritifs, les non-nutritifs et les contaminants alimentaires jouent un rôle dans cette relation. À partir de la présence de ces constituants dans les produits alimentaires, ceux-ci peuvent être classés en plusieurs gradations, allant de la nourriture "préjudiciable à la santé" à la nourriture "saine", et pour la majorité des produits alimentaires, ce classement est en corrélation positive avec le prix. Ainsi, au Royaume-Uni, il a été démontré que les produits alimentaires à forte densité énergétique (contenant beaucoup de graisses et de sucre) sont en moyenne moins chers que les produits alimentaires riches en matières nutritives salubres (Leather *et al.*, 1996) et que le passage à une alimentation alternative plus saine ferait augmenter la part du budget total dédiée à l'alimentation de 6 à 13% (Nelson *et al.*, 1993). Les groupes sociaux ont des goûts différents par rapport à la consommation alimentaire et ont une autre perception de ce qu'est une alimentation saine (Lang, 1998). Le régime alimentaire d'une personne issue des classes socio-économiques modestes contient un type d'énergie moins coûteux présent dans la viande grasse, dans la crème, la graisse, le sucre, les pommes de terre et les céréales; il contient peu de légumes, de fruits et de pain complet.

Un thème important et d'actualité concerne la question de savoir dans quelle mesure les différences de comportement en matière de santé, in casu en matière d'alimentation, dépendent de facteurs économiques comme le revenu ou si elles sont plutôt déterminées par des facteurs culturels liés au niveau d'éducation (Power *et al.*, 1991; Glendinning *et al.*, 1994 et Verbeke, W. & Ward, R. 2001). Le prix et le revenu ont été indiqués comme des variables explicatives significatives en ce qui concerne l'achat de produits alimentaires dans les pays développés (Ritson and Petrovici, 2001). Les prix et le revenu expliquent 97% de la variation dans la demande de produits alimentaires aux États-Unis (Huang, 1985). Cela signifie que les facteurs économiques sont des facteurs-clé dans les choix alimentaires, surtout chez les groupes à bas revenu (Dobson *et al.*, 1994). L'étude la plus récente de Duncan *et al.* (2002) mentionne que les facteurs économiques sont bien plus importants que les facteurs traditionnels comme le niveau d'études et la profession. Toutefois, il faut remarquer qu'une étude récente a démontré que la variable "revenu" ne joue pas un rôle si important dans les différences entre les diverses classes sociales; le niveau d'études est plus important. Le sujet demande à être approfondi.

L'importance du prix des produits alimentaires -a fortiori lorsque le consommateur a le choix entre un produit traditionnel et son alternative plus chère dotée d'un label de qualité- est également un problème digne d'intérêt (Bansback, 1995).

B. Objectifs

Un réseau de chercheurs a été créé dans le cadre du projet de recherche présenté ici. Ceux-ci sont actifs dans le secteur de la santé publique (Unité d'Enseignement et de Recherche en Génie socio-sanitaire, Université de Gand) et dans le domaine du comportement du consommateur par rapport aux produits alimentaires (Unité d'Enseignement et de Recherche en Économie agricole, Université de Gand). Les objectifs des recherches actuelles sont divers et sont conçus de telle façon qu'ils soient interdépendants.

L'objectif de base de cette étude consiste à identifier les différences entre les classes sociales quant à l'achat de produits alimentaires (tant en chiffres absolus qu'en part relative dans le budget total) et quant à la consommation (quantitative et qualitative) de produits -à l'aide de bases de données existantes- et à en observer les retombées sur l'état de santé. Tant les aspects nutritionnels que les aspects de sécurité alimentaire y font l'objet d'une attention particulière.

La réalisation de cet objectif de base sert de point de départ à l'élaboration de mesures politiques (telles la formulation de recommandations nutritionnelles spécifiques, l'organisation de campagnes de santé spécifiques, la prise de mesures économiques, etc.) visant à adapter l'inégalité sociale sur le terrain de l'alimentation et de la santé.

Le projet actuel se veut une étude phasée; par conséquent, la réalisation des différentes étapes est conditionnée par les résultats de l'étape précédente.

C. Méthodologie des bases de données consommation

Tranche de la population étudiée et bases de données

L'objectif était d'impliquer dans l'étude une partie de la population la plus large possible afin de sélectionner un large éventail de catégories de la population, caractérisées par la diversité d'un certain nombre de caractéristiques idiosyncratiques, lesquelles peuvent à leur tour être utilisées pour subdiviser les populations en différents sous-groupes sociaux. L'envergure de l'échantillon de ce projet d'étude a été déterminé par des bases de données existantes. Finalement, quatre bases de données ont été retenues: les enfants en maternelle, les adolescents, les adultes et les seniors.

Définition de la classe sociale et indicateurs

Dans une première phase, la notion de 'classe sociale' ou de 'classe socio-économique' a été définie. La notion de 'classe sociale' peut être interprétée de façon très large, comme un ensemble complexe et dynamique de caractéristiques idiosyncratiques interagissant entre elles, d'ordre économique, psychosocial et culturel.

La notion de classe sociale est un sujet amplement discuté dans la littérature (Crompton, 1998). Certains auteurs jugent ce type de subdivision démodé, alors que d'autres estiment qu'elle est encore d'actualité. Cette contradiction indique qu'il est nécessaire de définir un terme comme 'classe sociale' de manière univoque à l'intérieur d'une seule et même étude.

Les banques de données utilisées possèdent un arsenal étendu d'indicateurs de classe sociale, qui ont toutefois été opérationnalisés différemment dans les différentes banques de données. C'est pourquoi un nombre limité de variables a été utilisé pour chaque banque de données lors de la définition de la classe sociale.

D. Résultats de l'étude

Ce qui suit est un bref résumé des résultats du projet.

Inégalité sociale dans les données concernant la consommation

Enfants en maternelle

Il ressort clairement des résultats que les enfants en bas âge dont les deux parents ont prolongé leurs études ont globalement un meilleur régime alimentaire que les autres enfants. Par l'intermédiaire de l'indicateur "études des parents", on constate le plus grand nombre de différences entre les diverses classes.

Adolescents

Généralement parlant, les conclusions suivantes peuvent être avancées: on ne constate pas toujours de différences significatives dans le régime alimentaire des adolescents, par manque de preuves ou par l'absence de différences. Néanmoins, les résultats donnent une indication de ce qui se produit en réalité. Au niveau des macronutritifs, on ne constate pas de différences frappantes. On peut en conclure que malgré les différences de classe sociale, toutes les personnes absorbent assez d'énergie et que leur régime alimentaire n'est pas différent au niveau des macronutritifs. Tous réussissent à composer un régime alimentaire suffisamment solide du point de vue énergétique. Au niveau des micronutritifs, par contre, on constate des divergences significatives. Ces écarts apparaissent tant au sein d'un groupe qu'au niveau individuel. Il en résulte que le groupe de jeunes issus des classes sociales modestes sont plus vulnérables à long terme. Comme exemples parlants, on peut signaler les différences en Ca et en Fe. Ces divergences sont également visibles au niveau des produits alimentaires.

Adultes

Globalement, on peut conclure d'après l'étude BIRNH que le statut socio-économique élevé (situation professionnelle active ou études supérieures) est associé à un régime alimentaire plus

sain. Cette donnée générale se constate chez les hommes et les femmes en Flandre et en Wallonie. Les différences se situent principalement au niveau des micronutritifs et des produits alimentaires sains. Toutefois, la consommation d'alcool est plus importante, de façon consistante, dans les classes socio-économiques plus élevées. Outre cette image globale, une attention particulière doit être prêtée à la problématique de la valeur des indicateurs de classe sociale. C'est pour cette raison que des analyses supplémentaires en matière de revenus auraient une valeur certaine.

Séniors

On peut conclure de façon générale que les séniors appartenant à une classe sociale supérieure disposent d'un régime alimentaire plus sain que les séniors issus d'une classe sociale modeste. En revanche, les séniors qui appartiennent aux hautes classes sociales sont également toujours ceux qui consomment le plus d'alcool.

Inégalité sociale dans les facteurs de style de vie

Remarquons d'abord que les banques de données exploitées n'étaient pas suffisamment riches pour permettre au groupe de recherche d'effectuer des analyses cluster spécifiques. C'est pour cette raison que les résultats mentionnés ci-dessus sont un premier pas vers des analyses complémentaires.

En conclusion des analyses de l'inégalité socio-culturelle en matière de facteurs de style de vie, il s'avère que les personnes faiblement scolarisées présentent plus souvent une tendance à la surcharge pondérale que celles ayant fait des études avancées. Avec l'âge, l'écart se réduit et s'estompe de plus en plus. Ce qui est clair, en revanche, c'est que l'indicateur "niveau d'études" indique de nouveau plus de différences que l'indicateur "statut professionnel".

Étude par simulation dans le cadre de l'inégalité sociale

Globalement, on peut conclure que l'enrichissement du régime alimentaire ne suffit pas à lui seul à évacuer les carences du régime alimentaire général tel qu'il est actuellement -en particulier celui des classes sociales modestes. Une politique de prévention plus globale en matière d'alimentation est plus que conseillée, avec un ciblage particulier de certains groupes.

Stratification sociale dans l'achat de produits alimentaires

À partir des objectifs de l'étude, trois conclusions peuvent être avancées.

Premièrement, dans le groupe à bas revenu, le volume d'achat de produits alimentaires par individu n'est pas particulièrement moins important par rapport au groupe à revenu moyen ou élevé. Les personnes issues du groupe à bas revenu achètent moins de poisson, de produits laitiers, de légumes et de fruits.

En second lieu, la part du budget consacrée à l'achat de produits alimentaires est en effet plus élevée dans le groupe à bas revenu que dans celui à revenu moyen ou élevé. Ces deux derniers groupes peuvent évidemment attribuer plus d'importance à la qualité et à la variation alimentaire.

Troisièmement, les variables socio-économiques, en tant qu'éléments expliquant les achats et les dépenses alimentaires par classe de revenus, ont une influence limitée et similaire dans les trois groupes de revenus. La seule variable significative est celle de l'âge, et ce pour les trois groupes de revenus. Pour les bas revenus, les dépenses alimentaires sont influencées par le revenu de façon significative.

Les nombreuses données statistiques du LEI, du GfK et du NIS concernant l'achat et les dépenses alimentaires indiquent et permettent de concevoir le fait que le groupe à bas revenu achète moins de poisson, de produits laitiers, de légumes et de fruits. Ce sont les produits de base d'une alimentation saine. Dans cette perspective, il est clair que les personnes du groupe à bas revenu ont tendance à avoir un régime alimentaire moins sain.

Pour le reste, ces nombreuses statistiques sont trop générales pour que l'on puisse en tirer des conclusions pertinentes quant à savoir si le régime alimentaire est sain ou non. Il est souhaitable et nécessaire de rassembler davantage de données afin d'être en mesure d'établir un lien entre un bas revenu et une alimentation saine, surtout avec pour objectif de mener une stratégie de communication adaptée.

Dans cette perspective, il est souhaitable de mener des recherches ad hoc visant à déterminer le comportement des couches pauvres de la population en matière d'achats et de dépenses alimentaires. La délimitation de cette couche pauvre de la population et de l'échantillon représentatif, ainsi que la réalisation de l'étude, le traitement des données et la formulation de conclusions et de suggestions en vue d'une communication adaptée sont urgentes, compte tenu de la problématique de l'intégration sociale.

E. Principaux aspects problématiques

Les problèmes majeurs de la présente étude sont principalement d'ordre méthodologique. Notons en premier lieu le taux de participation limité (voir Adultes) qui amène à mettre en question la représentativité de la population étudiée. Cela permet d'introduire un biais / une erreur systématique de sélection. Exemple concret: la répartition professionnelle au sein des populations étudiées n'équivaut pas toujours à la répartition professionnelle de la population belge. Une deuxième conséquence de la moindre participation est que ce sont principalement les classes sociales modestes qui ne sont pas présentes dans la population étudiée. En second lieu, il est important de savoir qu'à l'origine, les banques de données utilisées n'étaient pas conçues en vue d'analyses post-hoc au niveau de l'inégalité sociale.

F. Principales recommandations quant à la ligne d'action à suivre:

- L'évincement de l'inégalité sociale constitue une priorité absolue pour diverses autres raisons. Son succès éventuel aura automatiquement des retombées sur l'alimentation et sur tout ce qui y est relaté en termes de santé.
- Les stratégies d'intervention alimentaire seront de préférence ciblées sur la population en général, parce que
 - la population entière -c.-à-d. tant les classes sociales supérieures que les classes inférieures- se caractérise en moyenne par un régime alimentaire divergent par rapport aux recommandations alimentaires, que ce soit au niveau des nutriments ou au niveau des produits alimentaires.
 - les interventions se feront de préférence sur la base de mesures structurelles, par le biais des réseaux existants (écoles, lieux de travail, etc.), qui ne sont généralement pas très hétérogènes quant à la classe sociale.
 - la mise en œuvre d'actions ciblées sur des sous-groupes spécifiques est généralement difficile à implémenter et dès lors probablement très coûteuse et compliquée
- Il faudrait effectuer des recherches plus approfondies pour comprendre et expliquer les différences dans les habitudes alimentaires entre les classes sociales supérieures et les classes sociales plus modestes. Cependant, il est à priori évident que la diffusion d'informations ne suffira pas à elle seule à réduire le fossé entre les différents groupes sociaux. On peut même s'attendre à ce qu'une vaste stratégie d'information mène à accentuer ce gouffre plutôt qu'à le réduire. En effet, le besoin de connaissances et d'informations concernant les bonnes habitudes alimentaires existe même chez les personnes ayant fait des études supérieures. L'information communiquée sera assimilée d'abord par ce groupe et sera valorisée dans l'attitude vis-à-vis des problèmes de santé.

- Si communication d'informations il y a, le choix se portera de préférence sur les réseaux qui permettent de dépasser le niveau de la simple communication de "connaissances" (comme les écoles, les entreprises, les initiatives de formation pour les plus démunis, etc.). À l'intérieur de ces "settings", il est possible de donner davantage d'explications, de perfectionner les attitudes et les compétences et d'adapter l'environnement (p.ex. les cantines, les distributeurs automatiques), ce qui faciliterait l'accès à une alimentation saine.
- Vu la complexité du phénomène de différences entre classes sociales et l'interaction de divers facteurs à prendre en compte, il est impossible de proposer une liste de "mesures isolées". Outre les stratégies individuelles (stratégies d'information), il faudra aussi exploiter des stratégies familiales et structurelles afin de redresser les inégalités sociales dans le domaine des habitudes alimentaires.
- Pour l'instant, nous ne disposons pas en Belgique des forums nécessaires à la discussion, à l'analyse et à la proposition d'un ensemble cohérent de mesures en ce qui concerne la problématique discutée ici. Un tel forum composé à partir d'un groupe pluridisciplinaire serait très utile.
- Plusieurs instances internationales ont formulé récemment des propositions visant à gommer les différences sociales en matière de santé, p.ex. Eurodiet et l'Organisation mondiale de la Santé (cfr références).

Littérature

Bansback R. Towards a broader understanding of meat demand. *Journal of Agricultural Economics* 1995;46:287-308.

Dobson, B., Beardsworth, A., Keil, T. and Walker, R. Diet, choice and poverty: social, cultural and nutritional aspects of food consumption among low-income families. 1994. Family Policy Studies Centre, London.

Duncan, G.J., Daly, M.C., McDonough, P. and Williams, D.R. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am. Jour. Pub. Health*, 2002; 92(7), 1151-1157.

EURODIET group. EURODIET reports and Proceedings. *Public Health Nutrition* 2001; 4 (2A - special issue).

EURODIET group. Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe: the EURODIET evidence. *Public Health Nutrition* 2001; 4 (2B - special issue).

Glendinning A. et al. Social class and adolescent smoking behaviour. *Social science and Medicine* 1994, 38(10), 1449-1460.

Huang, K.S. US demand for food: a complete system of price and income effects. *Technical Bulletin No. 1714*, 1985. Washington DC., Economic Resources Service, US Department of Agriculture.

Irala-Estevez, J.D., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prättälä, R. and Martinez-Gonzalez, M.A. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2000 ; 54(9), 706-14.

James WP, Nelson M, Ralph A and Leather S. Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ* 1997;314(7093):1545-9

Lang T. Access to healthy foods: part II. Food poverty and shopping deserts: what are the implications for health promotion policy and practice. *Health Education Journal*, 1998, 57, 202-211.

Leather S. The making of modern malnutrition. An overview of food poverty in the UK. London: Caroline Walker Trust, 1996.

Mackenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. In "Mackenbach JP and Bakker M eds. "Reducing inequalities in health. A European perspective" Routledge, London, 2002.

Marmot MG, McDowell MG. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet* 1986;I:274-6.

Nelson M, Mayer AB, Manley P. The food budget. In: Bradshaw GH, ed. Budget standards for the United Kingdom. Aldershot: Avebury, 1993.

Popkin BM, Zizza C, Siega-Riz AM. Who is leading the change?. U.S. dietary quality comparison between 1965 and 1996. *Am J Prev Med.* 2003 Jul;25(1):1-8.

Power C., Manor O, Fox J. Health and class: the early years. Chapman and Hall. London. 1991.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.

Ritson, C. and Petrovici, D. The economics of food choice: is price important? *In: Food Availability and the European Consumer*, 2001; 339-363.

Roos, G. and Prättälä, R. FAIR-97-3096 Disparities Group (tasks 4 and 5). Disparities in food habits: review of research in 15 European countries. 1999. Publications of the National Public Health Institute B24/1999, Helsinki.

Townsend P, Davidson S, Whitehead M. Inequalities in health. London: Penguin, 1988. *Social Science and Medicine*, Volume 31, Number 3; 1990.

Verbeke, W. & Ward, R. (2001). A fresh meat almost ideal demand system incorporating negative TV press and advertising impact. *Agricultural Economics*, 25 (2/3): 359-374.